

.....
(pieczęć oferenta)

**Oferta na realizację programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV
w Gminie Skwierzyna na rok 2018/2019**

I Dane Oferenta:

1. Pełna nazwa:

.....
.....
.....

2. Adres.....
tel..... e-mail.....

3. Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru sądowego (proszę załączyć aktualne wyciągi z rejestrów):

.....

4. NIP:.....

5. REGON:.....

6. Nazwa banku oraz nr konta bankowego:

.....
.....

7. Kierownik placówki (imię, nazwisko, nr tel. kontaktowego):

.....

8. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (imię, nazwisko, nr tel. kontaktowego):

.....

9. Osoba/y upoważniona/e do podpisania umowy na realizację programu:

.....
.....

II Posiadane zasoby kadrowe, lokalowe i rzeczowe zapewniające realizację programu:

1. Personel medyczny i pomocniczy zatrudniony przy realizacji programu:

imię i nazwisko	kwalifikacje zawodowe	rola w realizacji programu

2. Warunki lokalowe (krótki opis), tj. miejsce wykonywania szczepień oraz dokładny adres:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

III Kalkulacja kosztów realizacji programu:

1. Szczepienia przeciwko rakowi szyjki macicy szczepionką dziewięciowalentną o nazwie:

.....

a) kwota brutto za podanie jednej dawki szczepionki (tj. cena szczepionki + cena usługi obejmująca badanie kwalifikacyjne lekarskie, koszty utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów.).....
(słownie.....)

b) kwota brutto za wykonanie wszystkich szczepień, tj. 41 osób x podanie 2 dawek szczepionki:
.....
(słownie.....)

Słownie złotych (brutto)

2. Przeprowadzenie kampanii informacyjno – edukacyjnej i dystrybucja materiałów informacyjnych w formie ulotki bądź broszury na terenie Gminy Skwierzyna wśród rodziców/opiekunów prawnych uczniów w wieku 13 lat, nauczycieli oraz dziewcząt i chłopców urodzonych w 2005r. na temat zakażenia wirusem HPV oraz zapobiegania rakowi szyjki macicy, o zalecanych szczepieniach ochronnych, wskazujących na skuteczność szczepionki oraz zawierających elementy materiału edukacyjnego z zakresu czynników ryzyka zakażeń i zachorowań na raka szyjki macicy.

a) kwota brutto za przeprowadzenie pełnej kampanii informacyjno – edukacyjnej
.....
(słownie.....)

3. Całkowity koszt brutto realizacji programu (pkt 1c + 2a)

.....
(słownie.....)

*** IV Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju (podać rok realizacji i nazwę programu)**

.....
.....
.....
.....
.....

* Pole nieobowiązkowe

*** V Dodatkowe informacje o realizacji programu mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia Burmistrza Skwierzyny o prowadzonym postępowaniu konkursowym na realizację programu,
2. wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
3. przez cały okres realizacji programu zobowiązuje się do:
 - a) zatrudnienia przy realizacji programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielenia świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
 - b) zabezpieczenia dostępu do sprzętu medycznego, niezbędnego do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
 - c) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta,
 - d) utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczenia zdrowotnego i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia,
 - e) zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych w ramach programu na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, zabezpieczenia sprzętu na potrzeby realizacji programu zdrowotnego, liczby i kwalifikacji osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych).

.....
(data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej do reprezentowania referenta)

* Pole nieobowiązkowe

Załączniki:

1. kopia aktualnego wypisu z rejestru
2. kopia polisy ubezpieczenia OC
3. inne informacje jakie referent chce przedstawić (np. rekomendacje, dotychczasowe osiągnięcia itp.)